

# PERBANDINGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN GAKIN PESERTA PROGRAM ASKESKIN DAN PROGRAM DOKTER KELUARGA TERHADAP PELAYANAN RAWAT JALAN TINGKAT PERTAMA DI DUA KABUPATEN DI SUMATERA SELATAN.

Ekowati Retnaningsih<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sumatera Selatan

**Abstract.** Government had paid the premium of health insurance for poor people by Askeskin program with capitation is Rp.1.000,- each person for the service of health take care of the first level health service (RJTP) in Puskesmas, on 2006. Meanwhile, province of South Sumatra launch the program of family doctor which also give the service of health RJTP for poor people, its pay capitation is Rp.8.000,- each person. The objective of this study was to compare the patient satisfaction of Askeskin program members and family doctor program members. Research design was cross sectional in 2 districts. Sampling of health service facility use purposive sampling. Total of sample are 3 puskesmas of ASKESKIN program and 2 family doctor program, total of sample of patient are 76 respondents. Result of study are 1) patient satisfaction of ASKESKIN program was low than family doctor program, and 2) there are significant difference of factor that influence the patient satisfaction of ASKESKIN program and family doctor program are reliability factor and responsiveness factor. The patient satisfaction for reliability factor show that the value of patient satisfaction of Askeskin program was 92.3%, CI; 87.6-97.0% and the family Doctor program was 98.6%, 97.0-100% and the patient satisfaction for responsiveness factor show that the value of patient satisfaction of askeskin program was 89.4%, CI; 84.8-94.0% and the Family Doctor program was 98.1%, CI; 96.4-99.8%, 3) there was significant difference of the patient satisfaction of the Askeskin program and the family doctor program to service of health RJTP of variables: a) procedure of patient acceptance which quickly and precisely, b) inspection service, medication and treatment which quickly and precisely, c) worker ability quickly listen carefully to serve the patient sigh, d) worker give the clear information, and was easy to understood, e) Guarantee of security of service and trust to the service, and f) settlement of exterior and interior.

**Key word :** satisfaction, poor people, health service

## PENDAHULUAN.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyebutkan bahwa pemerintah mempunyai tanggung jawab terhadap jaminan pemeliharaan kesehatan penduduk sangat miskin dan penduduk miskin (fakir miskin dan orang tidak mampu) <sup>(1)</sup>. Jaminan pemeliharaan ke-

sehatan bagi penduduk sangat miskin dalam program Asuransi Kesehatan bagi Penduduk Miskin (ASKESKIN), yang pada tahun 2006 preminya dibayar oleh pemerintah sebesar Rp.5.000,- (kapitasi Rp.1000,- untuk pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama/RJTP di Puskesmas dan Rp. 4.000,- untuk Rumah Sakit) per jiwa per bulan. Program Askeskin memberikan dana kapitasi kepada

puskesmas sebesar Rp.1.000,- per jiwa untuk rawat jalan tingkat pertama, promotif dan preventif <sup>(2)</sup>. Seluruh puskesmas yang ada di provinsi Sumatera Selatan (238 puskesmas) ditetapkan sebagai fasilitas pelayanan yang memberikan pelayanan rawat jalan tingkat pertama bagi peserta program ASKESKIN. Dengan program ASKESKIN, penduduk sangat miskin bebas menggunakan layanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama di puskesmas sampai dengan rawat inap lanjut di rumah sakit pemerintah tanpa harus membayar. Khusus biaya kapitasi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama di Puskesmas, di provinsi Sumatera Selatan, pemerintah pusat telah mengalokasikan dana APBN yang disalurkan melalui PT ASKES sebesar Rp 1.920.001.000,- (Rp 1.000,- x 1.920.001 jiwa) pada tahun 2006 <sup>(3)</sup>.

Di provinsi Sumatera Selatan, pada tahun 2006 telah diluncurkan program dokter keluarga yang juga memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Jenis pelayanan kesehatan yang disediakan bagi peserta program Askeskin berbeda dengan pelayanan kesehatan yang disediakan bagi peserta dokter keluarga. Peserta dokter keluarga hanya berhak atas pelayanan kesehatan; rawat jalan tingkat pertama, promotif dan preventif, sedangkan peserta Askeskin berhak pelayanan kesehatan; rawat jalan tingkat pertama, rawat inap tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, pelayanan promotif dan preventif.

Pelayanan kesehatan dokter keluarga disiapkan hanya untuk memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama beserta obat, promotif dan preventif yang bermutu bagi pesertanya. Dengan demikian, untuk membandingkan

pelayanan kesehatan dokter keluarga dan program Askeskin, kita hanya melihat pelayanan rawat jalan tingkat pertama.

Uji coba penerapan program dokter keluarga di provinsi Sumatera Selatan telah dilaksanakan di kabupaten Banyu Asin, berjumlah 2 dokter keluarga. Biaya kapitasi pelayanan rawat jalan tingkat pertama untuk dokter keluarga dianggarkan oleh pemerintah kabupaten Banyu Asin dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sebesar Rp.8.000,- per jiwa termasuk biaya obat. Setiap dokter keluarga mempunyai peserta sebanyak 2.500 jiwa, sehingga biaya kapitasi yang dibayarkan oleh pemerintah daerah untuk 1 orang dokter keluarga per bulan sebesar Rp. 20.000.000,- (2.500 x Rp.8.000,-). Pada tahun 2007, uji coba program dokter keluarga direncanakan untuk diperluas ke 14 kabupaten/kota yang ada di Sumatera Selatan, masing-masing kabupaten/kota 2 dokter keluarga.

Dengan demikian, pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama bagi masyarakat miskin di Sumatera Selatan sejak tahun 2006 ada 2 model dengan jumlah dana kapitasi yang berbeda, yaitu: 1) Program ASKESKIN dengan sumber dana APBN yang disalurkan melalui PT Askes, dan 2) Program Dokter keluarga dengan sumber dana APBD.

Sehubungan dengan hal tersebut, perlu dilakukan penelitian tentang kedua program tersebut, ditinjau dari sisi kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat jalan tingkat pertama di fasilitas pelayanan kesehatan yang berbeda (puskesmas untuk program ASKESKIN dan Dokter Keluarga untuk program dokter keluarga), dengan jumlah dana kapitasi yang berbeda. Penelitian dilakukan pada 2 kabupaten yaitu kabupaten Musi Banyu Asin yang hanya menerapkan program ASKESKIN di seluruh puskesmas (20 puskesmas) untuk

pelayanan kesehatan masyarakat miskinnya dan kabupaten Banyu Asin yang menerapkan program ASKESKIN di seluruh puskesmas (28 puskesmas) dan sekaligus sebagai wilayah uji coba 2 dokter keluarga untuk melayani masyarakat miskin.

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui perbedaan kepuasan pasien masyarakat miskin peserta program Askeskin dan program dokter keluarga terhadap pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi perencanaan program pelayanan kesehatan masyarakat miskin pada masa mendatang agar lebih efektif dan efisien.

## BAHAN DAN CARA

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan pada tahun 2007 di 2 kabupaten yang bertetangga yaitu kabupaten Banyu Asin (lokasi uji coba program dokter keluarga tahun 2006) dan kabupaten

Musi Banyu Asin (menerapkan program ASKESKIN). Penentuan sampel tingkat fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan secara *purposive*.

Jumlah sampel puskesmas yang melayani program ASKESKIN diambil 3 puskesmas dari total 20 puskesmas yang ada di kabupaten Musi Banyu Asin. Pemilihan puskesmas berdasar kriteria jumlah masyarakat miskin terbanyak, diambil puskesmas ranking 1 sampai dengan ranking 3. Jumlah dokter keluarga yang menerapkan program dokter keluarga diambil jumlah total dokter keluarga yang ada di kabupaten Banyu Asin (dokter keluarga uji coba) yaitu 2 dokter keluarga.

Perhitungan besar sampel minimal jumlah pasien sebagai responden individu menggunakan rumus Besar Sampel Uji Hipotesa Beda 2 Proporsi 2 Sisi <sup>(4)</sup>. Adapun hipotesis penelitian ini adalah, ada perbedaan kepuasan pasien pada program Askeskin (p2) dan program dokter keluarga (p1).

Rumus  $n_1=n_2=n$

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-p_1) + P_2(1-p_2)})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{(1,96 \sqrt{2 \times 0,73(1-0,73)} + 1,28 \sqrt{0,9(1-0,9) + 0,55(1-0,55)})^2}{(0,9 - 0,55)^2}$$

$$n_1=n_2 = 32$$

Keterangan:

Derajat kemaknaan 5%

P1 (asumsi kepuasan pasien program dokter keluarga secara ideal) =90%

P2 (asumsi kepuasan pasien puskesmas)=55%.

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96 \quad Z_{1-\beta} = 1,28 \quad p^- = \frac{(p1 + p2)}{2} = 0,73$$

2

Metode pengambilan sampel di tingkat puskesmas dan dokter keluarga menggunakan tehnik “*accidental sampling*” yaitu sejumlah pasien yang datang ke puskesmas atau dokter keluarga pada saat hari peneliti melakukan pengumpulan data di lapangan, sampai jumlah minimal terpenuhi. Untuk mencapai jumlah sampel minimal, pengumpulan data di puskesmas dilaksanakan selama 3 hari dan di dokter keluarga selama 2 hari. Jumlah sampel yang diperoleh: 1) Pasien ASKESKIN sejumlah 35 orang masyarakat miskin, 2) Pasien dokter keluarga sejumlah 36 orang masyarakat miskin.

Mutu merupakan fokus sentral setiap upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan kode etik kedokteran serta sesuai dengan tingkat kepuasan pasien <sup>(5)</sup>.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Penilaian kepuasan pasien diukur dengan membandingkan skor kinerja (pelayanan yang diterima oleh pasien) dengan skor kepentingan (pelayanan yang diharapkan oleh pasien). Perhitungan nilai kepuasan menggunakan rumus <sup>(6)</sup> :

$$\text{Nilai Kepuasan Pasien} = \frac{\text{Skor kinerja}}{\text{Skor kepentingan}} \times 100\%$$

Kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak variabel, antara lain: perilaku petugas, pendekatan, perasaan tenang dan nyaman pada saat pertama kali datang,

mutu dan informasi yang diterima pasien dan keluarganya<sup>(6)</sup>.

Nilai kepuasan pasien dikelompokkan dalam 5 faktor kualitas jasa <sup>(7)</sup> yaitu :

1. Keandalan (reliability) terdiri dari 4 variabel, yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.
2. Ketanggapan (responsiveness) terdiri dari 3 variabel, yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat.
3. Keyakinan (assurance) terdiri dari 4 variabel, yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.
4. Empati (emphaty) terdiri dari 3 variabel, yaitu syarat untuk peduli, memberi perhatian pribadi bagi pelanggan.
5. Berwujud (tangible) terdiri dari 4 variabel, yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel dan media komunikasi.
6. Mengukur masing-masing faktor dilakukan melalui pengukuran masing-masing variabel terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan pengukuran faktor dengan cara menggabungkan beberapa variabel pada masing-masing faktor <sup>(6)</sup>. Skala ukur seluruh variabel pada skor kepentingan/harapan adalah ordinal, dengan 3 kategori yaitu: 1) tidak penting mempunyai skor 1, dan 2) biasa-biasa mempunyai skor 2, serta 3) penting mempunyai skor 3. Skala ukur seluruh variabel pada skor kinerja adalah ordinal, dengan 3 kategori yaitu: 1) tidak bagus mempunyai skor 1, dan 2) biasa-biasa mempunyai skor 2, serta 3) bagus mempunyai skor 3. Skala

ukur seluruh variabel tingkat kepuasan pasien adalah rasio dengan satuan %.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner pengukuran tingkat kepuasan pasien yang telah disusun, dikembangkan dan digunakan oleh J Supranto <sup>(6)</sup>. Wawancara dilakukan langsung oleh peneliti. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan perangkat komputer. Untuk melihat adanya perbedaan bermakna secara statistik, antara nilai kepuasan pasien program Askeskin dengan pasien program Dokter Keluarga berdasarkan 18 variabel dilakukan pengujian dengan uji *t independent*.

**HASIL**

**Jenis Pelayanan Yang Tersedia.**

Jenis pelayanan rawat jalan tingkat pertama yang diberikan oleh program

Askeskin dan yang diberikan oleh program dokter keluarga tidak sama. Perbedaan jenis pelayanan antara pelayanan peserta Askeskin di puskesmas dan peserta dokter keluarga, disajikan pada Tabel 1.

Jenis pelayanan rawat jalan tingkat pertama lebih banyak diberikan oleh program Askeskin dibandingkan program dokter keluarga. Ada beberapa jenis pelayanan rawat jalan tingkat pertama yang sama-sama diberikan oleh program Askeskin dan dokter keluarga adalah:

- Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, penyuluhan kesehatan
- Tindakan medis kecil
- Pemeriksaan ibu hamil, nifas, menyusui, bayi dan balita
- Pemberian obat generik, dan
- Promotif, preventif..

**Tabel 1 Jenis Pelayanan Kesehatan RJTP bagi Peserta Program Askeskin dan Program Dokter Keluarga di Sumatera Selatan.**

Jenis Pelayanan	Askeskin di Puskesmas	Dokter Keluarga
Konsultasi, pemeriksaan fisik, penyuluhan		
Laboratorium sederhana		Tidak diberikan
Tindakan medis kecil		
Pemeriksaan dan pengobatan gigi, cabut, tambal.		Tidak diberikan
Pemeriksaan ibu hamil, nifas, menyusui, bayi dan balita		
Pelayanan KB dan penanganan efek samping (Alat kontrasepsi dari BKKBN)		Tidak diberikan
Pemberian obat generik, promotif dan preventif		

Jumlah dana kapitasi program dokter keluarga 8 kali lipat program Askeskin. Pengadaan obat pelayanan rawat jalan tingkat pertama program dokter keluarga dibebankan pada dana kapitasi tersebut, sedangkan obat untuk program ASKESKIN sebagian dibebankan pada dana kapitasi dan sebagian dapat menggunakan obat dari pemerintah yang ada di puskesmas. Jenis pelayanan RJTP yang diberikan oleh program dokter keluarga lebih sedikit dibandingkan program Askeskin. Mutu pelayanan kesehatan dokter keluarga diharapkan jauh lebih bagus dibandingkan mutu pelayanan di puskesmas

### **Kepuasan Pasien Terhadap Masing-masing Indikator.**

Berdasarkan 18 variabel kepuasan pasien pada Tabel 2, tingkat rata-rata kepuasan pasien program Askeskin yang paling rendah adalah kepuasan pasien terhadap pelayanan petugas dalam memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti (75%, CI; 65,2%-84,8%), sedangkan yang paling tinggi adalah kepuasan pasien terhadap prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit (97,1%, CI; 93,8%-100%) dan tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan (97,1%, CI; 92,8%-100%).

Sedangkan tingkat rata-rata kepuasan pasien program dokter keluarga yang paling rendah adalah terhadap kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan (89,6%, CI; 78,5%-94,5%), dan yang paling tinggi adalah kepuasan pasien terhadap Pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat (100%) dan Kemampuan petugas cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien (100%).

Bila dibandingkan tingkat rata-rata kepuasan pasien terhadap masing-masing

variabel, berdasar analisis univariat, maka hasilnya sebagai berikut:

#### **A. Faktor Keandalan:**

Tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN relatif lebih rendah dibandingkan program Dokter Keluarga pada seluruh variabel dari faktor keandalan yaitu variabel: 1) prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat, 2) pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat, 3) jadwal pelayanan yang dijalankan dengan tepat, dan 4) prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit.

#### **B. Faktor Ketanggapan:**

Tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN relatif lebih rendah dibandingkan program Dokter Keluarga pada seluruh variabel dari faktor ketanggapan, yaitu variabel: 1) kemampuan petugas cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien, 2) petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti, 3) tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

#### **C. Faktor Keyakinan:**

Tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN relatif lebih rendah dibandingkan program Dokter Keluarga pada 3 variabel dari faktor keyakinan, yaitu variabel: 1) pengetahuan dan kemampuan petugas menetapkan diagnosa penyakit berdasar persepsi pasien, 2) pelayanan yang sopan dan ramah, dan 3) jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan. Terdapat 1 variabel dari faktor keyakinan yang memberikan hasil tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN lebih tinggi dibandingkan program Dokter Keluarga, yaitu variabel keterampilan petugas dalam bekerja, berdasarkan persepsi pasien.

#### **D. Faktor Empati:**

Tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN relatif lebih rendah

**Tabel 2 Perbandingan Nilai Rerata 18 variabel Kepuasan Pasien Antara Program Askeskin dengan Program Dokter Keluarga**

No	Variabel	Askeskin (%)		Dokter Keluarga (%)		P
		Rata-rata	95 % CI	Rata-rata	95 % CI	
Faktor Keandalan						
1.	Prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat	88.5	83,0-94,0	97.2	93,8-100	0,043 *
2.	Pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat	93.2	87,7-98,7	100.0	100-100	0,017 *
3.	Jadwal pelayanan yang dijalankan dengan tepat	90.4	82,3-98,6	98.1	95,4-100	0,077
4.	prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit	97.1	93,8-100	99.1	97,1-100	0,301
Faktor Ketanggapan						
5.	Kemampuan petugas cepat tanggap meyelesaikan keluhan pasien	96.1	92,3-99,9	100.0	100-100	0,044 *
6.	Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti	75.0	65,2-84,8	95.3	91,2-99,3	0,001
7.	Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan	97.1	92,8-100	99.1	97,1-100	0,402
Faktor Keyakinan						
8.	Pengetahuan dan kemampuan petugas menetapkan diagnosa penyakit	86.6	77,6-95,5	95.3	91,2-99,3	0,077
9.	Keterampilan petugas dalam bekerja	96.1	92,3-99,9	90.6	85,3-95,8	0,085
10.	Pelayanan yang sopan dan ramah	96.1	92,3-99,9	96.2	92,6-99,9	0,967
11.	Jaminan pengamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan	86.6	77,7-95,5	99.1	97,1-100	0,008 *
Faktor Empati						
12.	Memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien	91.3	84,3-98,4	95.3	91,2-99,3	0,329
13.	Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarganya	95.1	91,0-99,3	94.3	90,0-98,7	0,785
14.	Pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial dan lain-lain	90.9	84,3-97,5	97.2	93,9-100	0,089
Faktor Berwujud						
15.	Kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan	86.5	78,5-94,5	89.6	84,2-95,0	0,517
16.	Penataan eksterior dan interior ruangan	90.3	84,9-95,6	94.3	90,0-98,7	0,237
17.	Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat yang dipakai	90.3	84,3-96,3	98.1	95,4-100	0,020 *
18.	Kerapian dan kebersihan penamilan petugas	91.3	84,8-97,8	95,3	91,2-99,3	0,296

Keterangan: \* Ada perbedaan bermakna

dibandingkan program Dokter Keluarga pada 2 variabel dari faktor empati, yaitu variabel: 1) memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien, 2) pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial. Terdapat 1 variabel dari faktor empati yang memberikan hasil tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN lebih tinggi dibandingkan program Dokter Keluarga, yaitu variabel perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarganya.

#### E. Faktor Berwujud:

Tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN relatif lebih rendah dibandingkan program Dokter Keluarga pada seluruh variabel dari faktor berwujud, yaitu variabel: 1) kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruangan, 2) penataan eksterior dan interior ruangan, 3) kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat yang dipakai, dan 4) kerapian dan kebersihan penamplan petugas.

Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa dengan menggunakan  $\alpha$  5%, *Confiden Level* 95%, terbukti ada 6 variabel yang menunjukkan adanya perbedaan bermakna

antara nilai rata-rata kepuasan pasien program Askeskin dan program dokter keluarga, yaitu variabel:

1. Prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat
2. Pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat
3. Kemampuan petugas cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien
4. Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti
5. Jaminan pengamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan
6. Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat yang dipakai

#### Kepuasan Pasien Terhadap Masing-masing Faktor.

Pengukuran kepuasan pasien berdasar masing-masing faktor, dilakukan dengan mengkompositkan nilai tingkat rata-rata kepuasan pasien untuk tiap variabel tersebut. Hasil perhitungan penilaian kepuasan pasien masing-masing faktor dapat dilihat pada Tabel 3.

**Tabel 3 Nilai Rerata 5 Faktor Kepuasan Pasien Program Askeskin dan Pasien Program Dokter Keluarga**

No	Faktor	Askeskin (%)		Dokter Keluarga (%)		P
		Rata-rata	95 % CI	Rata-rata	95 % CI	
1	Keandalan (Reliability)	92,3	87,6-97,0	98,6	97,0-100	0,013*
2	Ketanggapan (Responsiveness)	89,4	84,8-94,0	98,1	96,4-99,8	0,001*
3	Keyakinan (Assurance)	91,3	86,2-96,5	95,3	92,9-97,6	0,162
4	Empati (Emphaty)	92,5	87,1-97,8	95,6	92,7-98,5	0,299
5	Berwujud (Tangibles)	89,6	83,8-95,4	94,3	91,4-97,3	0,146

Keterangan: \* Ada perbedaan bermakna



Tingkat rata-rata kepuasan pasien program Askeskin maupun program dokter keluarga terhadap 5 faktor penentu kualitas mutu jasa dan pelayanan, berada diatas nilai 89%. Secara umum dapat dinyatakan bahwa tingkat kepuasan pasien program Askeskin maupun program dokter keluarga terhadap seluruh faktor, sudah cukup baik. Namun bila dibandingkan tingkat rata-rata kepuasan pasien dari 2 program tersebut, maka terlihat bahwa tingkat rata-rata kepuasan pasien program Askeskin relatif lebih rendah dibandingkan program dokter keluarga pada seluruh faktor, yaitu faktor; 1) keandalan (*reliability*), 2) ketanggapan (*responsiveness*), 3) keyakinan (*assurance*), 4) empati (*emphaty*), dan 5) berwujud (*tangibles*).

Untuk melihat adanya perbedaan bermakna secara statistik antara kepuasan pasien program Askeskin dengan pasien program Dokter Keluarga berdasarkan 5 faktor tersebut maka dilakukan pengujian dengan uji t, hasilnya dapat dilihat pada tabel 3. Dapat dilihat bahwa, menggunakan  $\alpha$  5%, terdapat 2 (dua) faktor yaitu faktor keandalan (*realibility*) dan faktor ketanggapan (*responsiveness*) yang terbukti bermakna secara statistik, bahwa kepuasan pasien program dokter keluarga lebih tinggi dibandingkan kepuasan pasien program ASKESKIN.

## PEMBAHASAN

Pada penelitian ini, kepuasan pasien masyarakat miskin peserta program Askeskin dan peserta program dokter keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, hanya dilihat pada pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pelayanan yang disediakan oleh program dokter keluarga di Sumatera Selatan jauh lebih sedikit bila dibanding-

kan dengan pelayanan kesehatan yang seharusnya disediakan oleh dokter keluarga pada konsep dokter keluarga dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI) <sup>(8)</sup>. Menurut panduan Praktek Dokter Keluarga Mandiri yang dikeluarkan oleh IDI, idealnya pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat diberikan oleh dokter keluarga sebanyak 21 jenis pelayanan, diringkaskan menjadi 10 jenis pelayanan, dengan mutu dan standar yang sama untuk semua pasien yaitu pelayanan: 1) pemeliharaan dan penilaian status kesehatan pribadi, 2) pengendalian penyakit, 3) imunisasi, 4) pemeriksaan antenatal dan posnatal, 5) pengobatan, 6) tindakan medis, 7) pendidikan kesehatan dan konseling, 8) penunjang diagnostik, 9) rehabilitasi medik, 10) kunjungan rumah. Pelayanan praktek dokter keluarga harus komprehensif seperti terlihat pada Tabel 4 <sup>(5)</sup>.

Jam buka praktek pelayanan kesehatan klinik dokter keluarga berdasarkan Juklak Sistem Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan adalah selama 8-12 jam per hari. Di luar jam pelayanan klinik, dokter keluarga dapat dihubungi melalui telpon dan siap memberikan pelayanan 24 jam selama 7 hari dalam seminggu untuk pelayanan gawat darurat.

Fasilitas pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama program ASKESKIN adalah puskesmas sedangkan program dokter keluarga adalah praktek dokter keluarga. Rasio 1 banding 8 dana kapitasi antara yang diterima puskesmas program ASKESKIN dibandingkan dana kapitasi yang diterima dokter keluarga untuk memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama maka diharapkan mutu pelayanan dokter keluarga lebih baik.

Rata-rata jumlah peserta program ASKESKIN per puskesmas di 3 puskesmas lokasi penelitian adalah 4.823 jiwa, sedangkan pada program Dokter Keluarga

Tabel 4 Karakteristik Model Praktek Dokter Keluarga<sup>(8)</sup>

Karakteristik	PDK	KKK	Jejaring
Jumlah dokter keluarga	1 DK	> 1 DK	> 1 PDK dan > 1 KKK
Badan hukum	Usaha perorangan	Perserikatan perdata	PT, Koperasi
Kepemilikan	Milik DK	Milik kelompok	Milik jejaring
Agen fiscal	individu	Perserikatan perdata	Badan hukum
Perizinan	Bentuk perizinan baru		
Status pegawai	Bekerja untuk diri sendiri	Bekerja untuk kelompoknya	Pegawai dari jejaring
Cara pembayaran	Lebih dominan kapitasi		
Penggajian DK	Diatur sendiri	Diatur kelompok	Diatur jejaring
Waktu pelayanan	8-10 jam/hari	8-12 jam/hari	8-16 jam/hari
Lingkup layanan	Komprehensif dengan sarana pendukung terbatas	Komprehensif dengan sarana pendukung lengkap	Komprehensif dengan sarana pendukung ideal
Wilayah pelayanan	terbatas	Lebih luas	Bisa sangat luas
Tanggungjawab mutu	Ditanggung sendiri	Tanggungan bersama	Tanggungan bersama

Keterangan:  
PDK = Praktek Dokter Keluarga  
KKK = Klinik Dokter Keluarga  
DK = Dokter Keluarga

di 2 dokter keluarga lokasi penelitian adalah 2.500 jiwa. Pada program ASKESKIN tercatat rata-rata 914 kunjungan (18,1%) sedangkan program dokter keluarga 94 kunjungan (3,8%) per bulan. Walaupun jumlah kunjungan pada dokter keluarga lebih kecil dan dana kapitasi lebih besar dibandingkan program ASKESKIN, namun beban dana kapitasi dokter keluarga lebih besar karena dana kapitasi tersebut termasuk untuk biaya pembelian obat. Dokter keluarga harus membeli obat secara mandiri dengan harga pasar. Pengadaan obat pada program ASKESKIN, sebagian menggunakan dana kapitasi dan sebagian dapat menggunakan obat program yang

telah disediakan melalui dana pemerintah di puskesmas.

Ada perbedaan bermakna tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN dengan program dokter keluarga pada 6 variabel yaitu: 1) prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat, 2) pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat, 3) kemampuan petugas cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien, 4) petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti, 5) jaminan pengamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan, dan 6) penataan eksterior dan interior ruangan.

Tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN lebih rendah dari program dokter keluarga pada 6 variabel tersebut diatas. Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh beberapa hal antara lain: 1) pasien program ASKESKIN dilayani di puskesmas bersamaan dengan pasien umum puskesmas dengan jumlah kunjungan per hari jauh lebih besar dibandingkan kunjungan pasien dokter keluarga sehingga waktu untuk melayani setiap pasien berbeda, 2) penataan interior dan eksterior dokter keluarga lebih bagus karena tempat praktek dokter keluarga sama dengan tempat praktek pribadi dokter untuk pasien umum, yang tentunya lebih baik dibandingkan kondisi puskesmas.

Bila dibandingkan dengan hasil penelitian Djamaludin (2006), tingkat rata-rata kepuasan pasien program ASKESKIN di puskesmas lokasi penelitian lebih tinggi dibandingkan tingkat rata-rata kepuasan pasien umum pada Balai Pengobatan Umum Puskesmas Plaju Palembang <sup>(9)</sup> pada 3 variabel yaitu; 1) kemampuan petugas cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien, 2) jaminan pengamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan, dan 3) penataan eksterior dan interior ruangan. Tingkat rata-rata kepuasan pasien program dokter keluarga lebih tinggi dibandingkan tingkat rata-rata kepuasan pasien umum pada Balai Pengobatan Umum Puskesmas Plaju Palembang <sup>(9)</sup> pada 6 variabel yaitu; 1) prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat, 2) pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat, 3) kemampuan petugas cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien, 4) petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti, 5) jaminan pengamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan, dan 6) penataan eksterior dan interior ruangan.

Cara pengukuran kepuasan pasien pada penelitian ini berbeda dengan cara pengukuran yang digunakan oleh Puti Sari, Ch M Kristanti dan FX Sintawati (Badan Litbang Kesehatan) pada kegiatan *rapid assessment* Gebrak 100 Hari Pertama Bidang Kesehatan. Penelitian tersebut dilaksanakan di kabupaten Rembang dan Banjarnegara pada tahun 2005 bertujuan untuk menggambarkan pemanfaatan kartu gakin, jenis pelayanan dan tingkat kepuasan pasien gakin pengguna pelayanan puskesmas dan rumah sakit. Variabel kepuasan pasien yang dinilai adalah: lama tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi yang diberikan oleh petugas, keikutsertaan, bicara secara pribadi, bebas memilih dan kebersihan. Hasil penelitian mereka menunjukkan bahwa sebagian besar (50%-100%) responden menyatakan puas terhadap pelayanan khususnya pada keramahan petugas, kejelasan menerangkan dan kemudahan mengunjungi <sup>(10)</sup>. Penilaian tingkat kepuasan pasien tersebut dilakukan secara langsung berdasar persepsi pasien tanpa membandingkan antara tingkat kepentingan/harapan dengan kenyataan/kinerja.

Pengertian kepuasan secara umum menurut Kotler (1997) adalah perasaan sebal atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja (hasil) suatu produk dan harapan-harapannya <sup>(11)</sup>. Menurut Richard F. Gerson dalam Sudirman (2004), bila sebuah produk atau jasa memenuhi atau melampaui harapan pelanggan, maka pelanggan merasa puas <sup>(12)</sup>. Dengan demikian, pengukuran kepuasan pasien harus mempertimbangkan kinerja yang diterima pasien dan harapan-harapan pasien terhadap pelayanan tersebut.

Ada beberapa metode untuk melacak dan mengukur kepuasan pelanggan

yaitu;1) sistem keluhan dan saran, 2) survei kepuasan pelanggan, 3) belanja siluman, dan 4) analisa kehilangan pelanggan<sup>(11)</sup>.

Sistem keluhan dan saran dilakukan dengan cara menyediakan formulir bagi pelanggan untuk menuliskan saran dan keluhan mereka serta hal-hal yang mereka sukai dan yang tidak mereka sukai. Di rumah sakit, hal tersebut dapat dilakukan dengan cara meletakkan kotak saran di suatu tempat sehingga memungkinkan pasien memasukkan formulir saran dan keluhan yang telah diisi sebelum dia meninggalkan rumah sakit. Rumah sakit harus menunjuk pegawai yang khusus akan menangani keluhan pasien.

Survei kepuasan pelanggan dilaksanakan dengan cara mengukur kepuasan pelanggan menggunakan beberapa pertanyaan tentang kinerja yang diterima dan harapan-harapan pasien berdasar variabel-variabel yang telah ditentukan oleh perusahaan atau rumah sakit. Survei kepuasan pelanggan sebaiknya dilakukan minimal satu kali dalam setahun, dan hasil analisis data survei harus ditindaklanjuti.

Belanja siluman dilaksanakan dengan cara membayar orang-orang untuk bertindak sebagai pembeli potensial untuk melaporkan temuan-temuan mereka tentang kekuatan dan kelemahan yang mereka alami dalam membeli produk perusahaan dan produk pesaing. Para pembeli siluman ini juga dapat menyampaikan masalah-masalah tertentu untuk menguji apakah staf penjualan perusahaan menangani situasi tersebut dengan baik.

Analisis kehilangan pelanggan dilaksanakan dengan cara menghubungi pelanggan yang berhenti atau berganti ke pesaing, untuk mempelajari penyebabnya dan memperhatikan tingkat kehilangan pelanggan. Jika kehilangan pelanggan

meningkat, berarti perusahaan gagal memuaskan pelanggan.

Para pembeli akan membeli dari perusahaan yang mereka anggap menawarkan nilai yang diterima pelanggan (*customer delivered value*) yaitu selisih antara jumlah nilai bagi pelanggan (*total customer value*) dan biaya total pelanggan (*total customer cost*)<sup>(11)</sup>. Jumlah nilai bagi pelanggan adalah total dari nilai produk, nilai pelayanan, nilai karyawan, dan nilai citra. Jumlah biaya pelanggan adalah total biaya moneter, biaya waktu, biaya tenaga, dan biaya psikis.

Pengukuran kepuasan pelanggan juga dapat menggambarkan kualitas akses nyata pelayanan kesehatan dari sisi indikator subyektif. Seharusnya, akses nyata pelayanan kesehatan baik dari sisi indikator obyektif (utilisasi) maupun indikator subyektif (kepuasan pasien), harus terdistribusi secara ekuitas (*equity*)<sup>(13)</sup>. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari sisi akses nyata indikator subyektif, berdasarkan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan, masih terjadi inekuitas kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan penduduk miskin di dua kabupaten provinsi Sumatera Selatan. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya perbedaan bermakna kepuasan pasien masyarakat miskin peserta program Askeskin dan peserta program dokter keluarga berdasarkan; a) prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat, b) pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat, c) kemampuan petugas cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien, d) petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti, e) Jaminan pengamanan pelayanan dan kepercayaan terhadap pelayanan, dan f) penataan eksterior dan interior ruangan.

Dalam rangka memenuhi kepuasan pelanggan, berdasar sistem pelayanan

pelanggan dapat dilakukan melalui beberapa hal, yaitu: 1) komitmen manajemen puncak, 2) kenali pelanggan anda secara dekat, 3) mengembangkan standar kinerja pelayanan pelanggan, 4) angkat, latih dan beri imbalan staf yang baik, 5) berikan imbalan pada prestasi mutu pelayanan, 6) tetaplah dekat dengan pelanggan, dan 7) menciptakan perbaikan berkesinambungan<sup>(12)</sup>.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada: 1) Prof.dr.Hasbullah Thabrany, MPH,Dr.PH.yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menjadi narasumber, di sela-sela kesibukan beliau yang sangat padat, dan 2) Kepala Badan Litbang provinsi Sumatera Selatan yang telah menyediakan dana melalui APBD untuk biaya penelitian ini dan mengijinkan publikasi hasil penelitian pada buletin ini.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Thabrany, H. Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia. Jakarta; PT Raja Grafindo Persada; 2005.
2. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Jakarta; PT Askes; 2006.
3. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Laporan Askeskin Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2006. Palembang; 2007.
4. Ariawan, I. Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan. Jakarta; Jurusan Biostatistik & Kependudukan FKM UI; 1998.
5. Azwar Azrul. Pengantar Administrasi Kesehatan; Edisi ketiga. Binarupa Aksara; Jakarta; 1996.
6. Supranto, J. Pengukuran Tingkat Kepuasan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar. Rineka Cipta; Jakarta; 1997.
7. Kotler, P. Dasar Dasar Pemasaran. PT Prenhalindo; Jakarta; 1996.
8. Ikatan Dokter Indonesia. Praktek Dokter Keluarga Mandiri. PB IDI Jakarta; 2003.
9. Djamaludin, Farida. Kajian Kepuasan Pasien di Salah Satu Puskemas Kota Palembang Yang Telah Menerapkan LMCB. Orasi WI. Bapelkes; Palembang; 2006.
10. Sari, Puti., Ch. M. Kristanti., FX. Sintawati. Pemanfaatan Kartu Gakin dan kepuasan Pasien Gakin Terhadap Pelayanan Fasilitas Kesehatan Pemerintah, di Kabupaten Rembang dan Banjarnegara Tahun 2005. Buletin Penelitian Kesehatan 2007; Vol 35 (4).
11. Kotler, Philip. Management Pemasaran. PT Prenhallindo; Jakarta; 1997.
12. Sudiman, dkk. Teknik Penyusunan Organisasi Berkinerja Tinggi. Lembaga Administrasi Negara; Jakarta; 2004.
13. Aday, L.A., Andersen,R., Fleming,G.V. Health Care in the US, Equitable for Whom?. Sage Publications, Beverly Hills;London;1980.